

URGENTE: SOCORRISTAS PRECISAM-SE. OBJECTIVO: SALVAR PESSOAS QUE ESTÃO AO NOSSO LADO. LOCAL: AQUI MESMO¹

Jorge Bonito²

1. Situando o Problema: Uma Localização Actual de Saúde

«*The desire for a healthier and better world in which to live our lives and raise our children is common to all people and all generations*» (W.H.O., 1998c). É com esta constatação que o actual Director-Geral da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), Hiroshi Nakajima, inicia a sua mensagem em *The World Health Report 1998*. Hodiernamente, reconhece-se que o facto de incrementar a longevidade da vida humana sem correspondente aumento na qualidade de vida tem custos muitos elevados. «*That health expectancy is more important than life expectancy*» (W.H.O., 1998c).

Actualmente, pelo menos 120 países (com uma população total de cerca de 5 mil milhões de pessoas) têm uma esperança média de vida (e.m.v.) ao nascer além dos 60 anos de idade; a média global é de 66 anos, representando um bom indicador de saúde quando comparada com a e.m.v. de 48 anos de idade em 1955 e os 59 anos em 1975. A O.M.S. tem projectada uma e.m.v. de 73 anos para o ano 2025. Só que já não se trata de viver mais anos, mas de saber como vivê-los com boa saúde, com menos doenças, menos sofrimento e, por conseguinte, menor dependência dos demais.

Este advento conceptual é naturalmente decorrente da própria faculdade de entendimento actual do conceito de saúde. Ultrapassando o conceito clássico de saúde – definida em termos negativos como «*l'absence des infirmités et invalidité*» (Monnier, Deschamps. Fabry, Manciaux, e Rimbault, 1980), que perdurou formalidade até aos princípios do 2.º quartel deste século, e informalmente até aos dias de hoje – pelo menos em alguns círculos – a O.M.S. na sua Carta Constitucional (1948) define saúde como «*a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*» (W.H.O., 1998d). De facto, esta definição marca um momento decisivo da história da humanidade, com um avanço muito significativo face à anterior concepção – ou indefinição – embora reúna com os aspectos positivos e inovadores os aspectos negativos e criticáveis.

Terris (1980) considera a definição de saúde da O.M.S. utópica, estática e subjectiva. Este autor propõe uma outra definição de saúde, sendo «*un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades*» (Terris, 1980). Ainda assim, este conceito encerra em si uma certa subjectividade já que bem-estar nem sempre é equivalente a saúde. De um ponto de vista dinâmico Salleras (1990) propõe um conceito de saúde encarado como «*el logro del más alto nivel de bienestar físico mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad*» (p. 17).

Este conceito dinâmico de saúde é fundamental em programas ou actividades de **protecção e promoção da saúde**. Observando o esquema da Figura 1, que é aplicável tanto a indivíduos como a colectividades, podemos ver que a saúde e a doença formam um *continuum* cujos extremos são o **ótimo de saúde** (completo estado de bem-estar, segundo a O.M.S.) por um lado, e a morte por outro. Existe ainda neste *continuum* uma zona central, entre as duas áreas extremas, assinalada com uma linha tracejada. Esta zona central traduz a separação entre a saúde e a doença, que não é absoluta, já que muitas vezes não é possível distinguir o normal do patológico.

¹ Publicado em J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. T. Vilaça, R. Henriques e T. Lacerda (1999), *Educação para a Saúde*, Braga, Departamento de Metodologias da Educação da Universidade do Minho, pp. 325-349. Texto gentilmente transcrito por Joaquim Badagola Bonito em Maio de 2006.

² Departamento de Pedagogia e Educação da Universidade de Évora (Apartado 94, 7002-544 Évora). Correio electrónico: jbonito@uevora.pt. Sítio na web: <http://evunix.uevora.pt/~jbonito>.

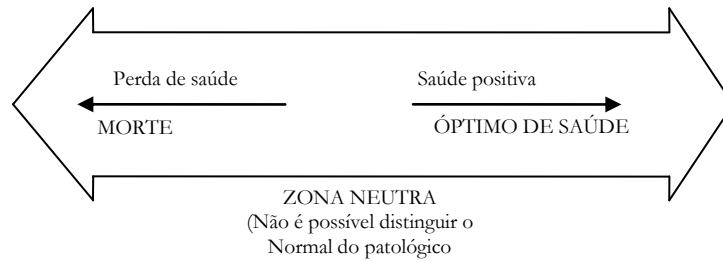


Figura 1. O *continuum* saúde-doença (adaptado de Salleras, 1990, p. 16). O óptimo de saúde corresponde a um completo estado de bem-estar físico, mental e social (segundo a O.M.S.).

Ao analisarmos os factores determinantes da saúde, essencialmente nos países desenvolvidos, na actualidade, tanto a saúde positiva como a perda de saúde e as mortes prematuras estão intimamente relacionadas com o estilo de vida e o cumprimento dos tratamentos e recomendações do médico. Na verdade é possível conseguir elevados níveis de saúde positiva e evitar muitas mortes prematuras adoptando estilos de vida positivos de saúde, quer sejam indivíduos, grupos ou colectividades.

2. Mortes no Mundo e em Portugal: As Determinantes da Saúde

As determinantes da saúde são as causas e os motivos que conduzem à doença. Para conhecer as determinantes da saúde é necessário analisar os problemas de saúde mais frequentes e os seus factores causais. Nos países ocidentais desenvolvidos as doenças predominantes na actualidade são as enfermidades crónicas e os acidentes.

As causas de morte no mundo distribuem-se conforme se apresenta no Quadro 1.

Quadro 1.
Causas de morte do mundo em 1996 e 1997.

CAUSAS DE MORTE NO MUNDO	N.º DE MORTES (em milhões) 1996	N.º DE MORTES (em milhões) 1997
1 – <i>Infectious and parasitic diseases</i>	17,0	17,3
1.1 – <i>Lower respiratory infections</i>	3,9	3,7
1.2 – <i>Tuberculosis</i>	3,0	2,9
1.3 – <i>Diarrhoea</i>	2,5	2,5
1.4 – <i>HIV/AIDS</i>	1,5	2,3
1.5 – <i>Malaria</i>	1,5 – 2,7	1,5 – 2,7
2 – <i>Circulatory diseases</i>	15,0	15,3
2.1 – <i>Coronary heart disease</i>	7,2	7,2
2.2 – <i>Cerebrovascular disease</i>	4,6	4,6
2.3 – <i>Other heart diseases</i>	3	3
3 – <i>Cancer</i>	6	6,2
3.1 – <i>Lung</i>	989 000	1,1
3.2 – <i>Stomach</i>	776 000	765 000
3.3 – <i>Colon and rectum</i>	495 000	525 000
3.4 – <i>Liver</i>	386 000	505 000
3.5 – <i>Breast</i>	376 000	385 000
4 – <i>Respiratory diseases</i>	3,0	2,9
5 – <i>Chronic obstructive pulmonary disease</i>	-	2,9
6 – <i>Perinatal conditions</i>	-	3,6

Fonte: O.M.S. (W.H.O., 1997; 1998a). A especificação das causas de morte em cada grupo corresponde apenas àquelas com valores mais elevados. N.º de mortes: 1996 – 52 milhões; 1997 – 52,2 milhões.

O Quadro 2 apresenta a percentagem de mortes pelos distintos grupos etários, incluindo inclusive, uma previsão para o ano 2025.

Quadro 2.
Distribuição das mortes segundo os grupos etários.

IDADES	1955	1995	2025
< 5 anos	40%	21%	8%
5 – 19 anos	11%	7%	3%
20 – 64 anos	28%	29%	27%
>64 anos	21%	43%	63%

Fonte: O.M.S. (W.H.O., 1998a).

Em Portugal, a população residente foi estimada em 31 de Dezembro de 1997 em 9 957 270 indivíduos. Nesse mesmo ano foram registados 105 157 óbitos. No Quadro 3 poderemos observar qual a situação em Portugal relativamente às principais causas de morte.

Quadro 3.

Principais causas de morte em Portugal em 1997.

CAUSAS DE MORTE EM PORTUGAL	N.º DE MORTES	PERCENTAGEM
1 – Doenças cérebro-vasculares	21 938	20,9%
2 – Doenças cardiovasculares	42 196	40,1%
3 – Cancro	20 474	19,5%
4 – Doenças infecciosas		
4.1 – Tuberculose	321	0,76%
4.2 – HIV/SIDA	972	2,3%
5 – Causa externas	5 533	5,3%
5.1 – Acidentes de trânsito de veículos de motor	2 019	1,9%
5.2 – Suicídio	483	0,5%
5.3 – Homicídio	125	0,1%
6 – Sintomatologia e afecções mal definidas	12 905	12,3%

Fonte: I.N.E. (1998a; 1998c).

A e.m.v. à nascença, em 1996/1997 era de 71,4 anos para os homens e 78,7 anos para as mulheres (I.N.E., 1998d), e em 1998 de 71,0 anos para os homens e 78,5 para as mulheres (New Cronos Database, 1998).

Sintetizando, e orientando os resultados para os objectivos a que nos propomos, verificamos que das causas de morte no mundo, 29,3% são devidas a doenças cardiovasculares. Quando analisamos os dados referentes a Portugal notamos que o valor se incrementa para 40,1%, que juntamente com os tumores malignos constituem as causas de mais de metade dos óbitos (59,6%).

Relativamente à sinistralidade, enquanto causa externa de morte, os números revelam bem a situação dramática em que vivemos. Em 1996 ocorreram 49 265 acidentes, resultando 2 100 mortos e 66 627 feridos (D.G.V., 1997). Os números de 1997 não estão muito longe daqueles embora se tenha registado um ligeiro decréscimo (menos 4,7% relativamente a 1996). Portugal situa-se no topo dos países da União Europeia (U.E.) com maior número de mortes devidas a acidentes de transporte – 3,10 óbitos por cada 10⁴ habitantes (Portela, 1995). Segue-se a Espanha e a Grécia, ocupando os últimos lugares o Reino Unido, a Irlanda e a Holanda.

O ano passado, o matutino espanhol *ABC* publicava um artigo denominado «*Accidentes de Tráfico en España*» (D.G.T., 1997). Segundo aquele órgão de comunicação social, o custo social dos acidentes de tráfego em Espanha era cerca de 2 biliões de pesetas (cerca de 2 500 milhões de contos). Perante aquilo que caracterizavam como «*la outra sangría de la carretera*», ou seja, os jovens paraplégicos e tetraplégicos, a *Patronal Unespa* difunde que «*el mejor seguro eres tú*».

O estudo Português (Portela, 1995) detectou ainda que existem três tipos principais de acidentes domésticos e de lazer: quedas, intoxicações e afogamentos. Os dois primeiros tipos de acidentes ocorreram essencialmente no interior e na sua origem estão a ruralidade e o envelhecimento da população. Relativamente aos afogamentos, as ocorrências são maiores no litoral sul, e são devido aos abundantes abusos de confiança que as pessoas desenvolvem em situações de praia ou de albufeiras.

Como se depreende dos dados apresentados, esta situação é particularmente grave que no aspecto social quer economicamente. Mais grave ainda será se analisarmos cada morte à escala da pessoa e/ou da família. Crianças que ficam órfãs (em 1996, 36,4% dos mortos por acidentes de tráfego tinham entre 35 e 64 anos de idade), pais que ficam afectados (em 1996, 4,5% dos mortos por acidentes de tráfego tinham entre 1 e 14 anos de idade) e famílias totalmente destroçadas. Mas não podemos apenas contar os mortos, temos que lembrar-nos da «*otra sangría de la carretera*»: aqueles que ficam deficientes.

A apresentação destes números é precisamente para recordar que os acidentes ocorrem efectivamente. Ocorrem mas não apenas aos outros. Também nós os sofremos. E nisso, nem sempre queremos acreditar... acreditamos apenas quando já estamos envolvidos neles. E a frequência com que encontramos acidentes é de tal ordem que nos faz pensar seriamente no papel que poderíamos ter face a estas causas extremas de morte, seja aliviando o sofrimento ou mesmo impedindo a morte das vítimas.

Analisemos agora as determinantes ou condicionantes da saúde para que possamos compreender melhor onde devemos e podemos intervir. O modelo clássico das **determinantes da saúde**, adoptado pela Saúde Pública, foi construído por Lalonde em 1974 (citado em Salleras, 1990). Segundo este autor, o nível de saúde de uma comunidade é determinado pela interacção de quatro variáveis a saber:

- A biologia humana (genética, envelhecimento);
- O meio ambiente (contaminação física, química, biológica, psicossocial e socio-cultural);
- O estilo de vida (condutas de saúde); e
- O sistema de assistência sanitária.

Já se vê, pelo título deste trabalho, que a nossa preocupação, neste momento, se encaminha para o sistema de assistência sanitária. A qualidade, a cobertura ou acesso e a gratuidade do sistema de assistência sanitária constituem os principais factores que influenciam a saúde da população. Os dados obtidos por Lalonde permitiram identificar a importância relativa que cada uma destas variáveis referidas tem na determinação dos níveis de Saúde Pública no Canadá (Figura 2).

Um estudo realizado nos E.U.A. no período de 1974 a 1976 (Dever, 1977), revelou que o factor determinante da saúde mais importante era o estilo de vida (43%), enquanto o sistema de assistência sanitária apenas contribuía com 11% na determinação do nível de saúde dos cidadãos americanos. Quando analisada a distribuição dos orçamentos federais do sector da saúde, verificamos que a assistência sanitária viu-se contemplada nesse período com 90,6% dos recursos económicos gastos, enquanto que somente 1,2% era dedicado a actividades de **protecção e promoção da saúde** (comummente apelidadas de educação para a saúde). Outros estudos realizados nos E.U.A. revelaram igualmente que a principal determinante da saúde, causando morte, é o estilo de vida adoptado.

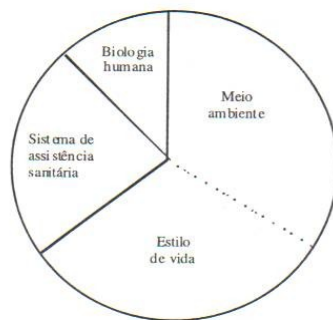


Figura 2. Efeito relativo do meio ambiente, estilo de vida, sistema de assistência sanitária e biologia humana sobre a Saúde Pública (adaptado Lalonde, citado em Salleras, 1990).

Embora estes trabalhos tenham mais de 20 anos, as suas conclusões mantêm-se, contudo, bem actuais. Nakajima (W.H.O., 1998c) escreve por isso que *«deaths from heart disease have been dramatically reduced in many countries which are experiencing a transition from high incidence of circulatory diseases to low incidence mainly due the adoption of healthier lifestyles»* (p. 2).

3. A Necessidade de um Sistema de Emergência Médica

Desde cedo os responsáveis pela assistência sanitária perceberam que esforços desenvolvidos nas áreas de Emergência Hospitalar, para além de se revelarem inúteis (face ao tempo dispendido no início do socorro), constituíam uma enorme fonte de

consumo em recursos económicos e humanos, sem vantagens significativas quando não existe um bom sistema integrado de emergência médica.

A medicina militar foi pioneira em reconhecer que as técnicas de socorro de urgência, realizadas no local onde as vítimas sofriam os acidentes, salvavam muitas vidas humanas. Nomes como La Rey (séc. XVII) e Henry Dunant (séc. XIX) ficaram associados aos primeiros socorros. Os dados estatísticos disponíveis revelam que o rápido socorro de equipas preparadas na frente da batalha diminuiu a percentagem de mortos: cerca de 11% da II Guerra Mundial e cerca de 1,5% na guerra do Vietname.

Baseando-se nesta filosofia, surgiu em 1971 em Portugal o «Serviço Nacional de Ambulâncias» (S.N.A.), sendo então o grande impulsionador do «Sistema Integrado de Emergência Médica» (S.I.E.M.). Em 1981 é criado o «Instituto Nacional de Emergência Médica» (I.N.E.M.), que sob a tutela do Ministério da Saúde, continua a acção desenvolvida pelo S.N.A. no campo dos socorros de emergência.

Os objectivos deste novo sistema – S.I.E.M. – são os seguintes:

- Chegar rapidamente ao local onde está o paciente, o doente ou a grávida;
- Estabilizar, no local, o estado do paciente, do doente ou da grávida;
- Transportar rápido e adequadamente o paciente, o doente ou a grávida para o Hospital;
- Tratar adequadamente o paciente, o doente ou a grávida no hospital e/ou transferência para outro centro hospitalar.

Para atingir tais objectivos, o sistema deverá dispor de um conjunto de meios e acções que são as seguintes:

- Telecomunicações;
- Equipas de socorros preparadas;
- Material e equipamento adequado;
- Transporte rápido.

Um sistema desta natureza, e segundo a O.M.S., pode reduzir em 20% o número de mortes por acidentes.

O sistema de emergência médica é internacionalmente representado pela Estrela da Vida, símbolo a que Portugal aderiu em 1977 (Figura 4). A Estrela da Vida representa as seis fases de um sistema de emergência médica: (a) Detecção do paciente, do doente ou da grávida; (b) Protecção e Alerta; (c) Pré-Socorro; (d) Socorro; (e) Evacuação; e (f) Cuidados hospitalares (Figura 5).

Cada fase da Estrela da Vida é peça fundamental no processo de salvar a vida de uma pessoa. A sua importância é tão grande quanto a de outra qualquer fase. É precisamente por isso que falamos de um **sistema integrado**. Se um dos componentes do sistema falhar, aquele que lhe segue imediatamente não poderá funcionar. Cada uma das fases, e todas no conjunto, deverão ser desempenhadas de uma forma correcta e em harmonia complementar. O sucesso da operacionalidade do sistema depende apenas da completa realização competente em cada fase e da integração desta com as demais.



Figura 3. Estrela da Vida (o fundo é azul).

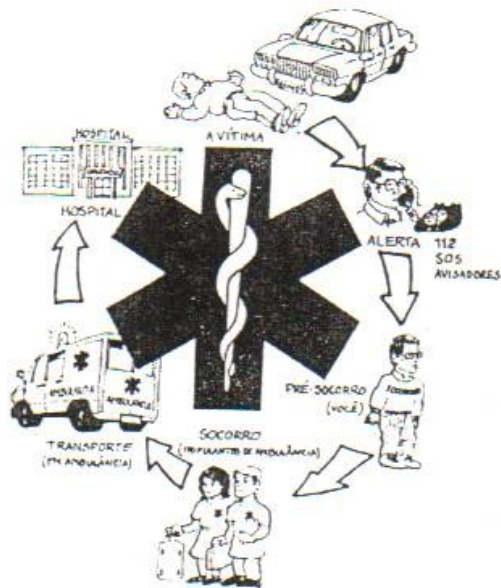


Figura 4. Sistema Integrado de Emergência Médica (adaptado de Pinto, 1988, p. 15).

Parece evidente à partida que os cuidados hospitalares, enquanto componente do S.I.E.M., sejam prestados e da responsabilidade de pessoal técnico especializado (médicos, enfermeiros, e outros técnicos de saúde). Também as acções de socorro e transporte em ambulância são da competência de organismos específicos, regulamentados para o efeito. Os **socorros** de urgência e respectivos **transportes** em ambulância dos doentes, pacientes ou grávidas para os estabelecimentos hospitalares, só podem ser realizados por **Tripulantes de Ambulâncias de Socorro** (T.A.S.) adstritos ao I.N.E.M., à P.S.P., à C.V.P. ou aos Corpos de Bombeiros.

Mas relativamente aos outros ramos da estrela, a situação já é bem distinta.

4. Da Detecção ao Alerta

A detecção do paciente, do doente ou da grávida (em trabalho de parto) consiste no momento em que alguém se apercebe de uma situação de vida anormal, e portanto, delicada, ou que eventualmente, esta lhe tenha sido comunicada por outrem ou pelo próprio necessitado. Esta é a primeira fase decisiva do S.I.E.M. O período de tempo que medeia entre a ocorrência do acidente e a sua **detecção é muito importante**. Dele depende, muitas das vezes, a vida da vítima. A **detecção** de um acidente nem sempre é fácil. Se considerarmos os acidentes de trânsito conhecemos sobejamente estradas pouco movimentadas, essencialmente em ambiente nocturno, onde a frequência de aparecimento de alguma pessoa pode condicionar seriamente a relação entre a vida e a morte.

Mas não chega detectar a situação. O S.I.E.M. não é activado com este gesto. Para colocá-lo em funcionamento é necessário fazer o **alerta**. O **alerta** consiste em comunicar às entidades que prestam socorro (I.N.E.M., P.S.P., G.N.R., C.V.P., C.B.) a situação de emergência detectada. Faz-se por via telefónica digitando o Número Nacional de Socorro – 112 – ou premindo o botão dos Borneiros Avisadores de Estrada que se encontram nas A.E., I.P., I.C. e em algumas E.N. As chamadas telefónicas efectuadas são canalizadas para uma das 27 Centrais de Emergência. Actualmente existem 22 Centrais de Emergência localizadas na P.S.P. e 5 na G.N.R. (112, 1998). Nas cidades do Porto, Coimbra e Lisboa existem ainda Centrais de Emergência Médica, sedeadas nos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (C.O.D.U.) do I.N.E.M., fazendo a triagem dos pedidos de socorro com base nas informações que telefonicamente lhe chegam, sob supervisão médica, aconselhando os primeiros socorros a realizar. É por isso muito importante, antes de ligar 112, que o comunicante se informe sobre o **local exacto da ocorrência** (rua, n.º da porta, estrada, pontos de referência), o **tipo de ocorrência** (acidente, parto, doença súbita);

as **vítimas/doentes** (número de queixas), e **riscos associados** (incêndios, líquidos inflamáveis derramados, acidentados encarcerados).

Da eficácia do **alerta** depende o rápido accionamento do S.I.E.M. e prossecução dos objectivos. Para fazer um correcto alerta é necessário estar informado, calmo, e treinado. É fundamental prestar muita atenção às perguntas efectuadas e seguir as instruções dadas. Sem **alerta** ou com lacunas de informação os meios de socorro adequados não poderão ser activados, ou em caso contrário, sê-lo-ão mas em tipo, meios e período de tempo inadequados. É preciso ter consciência deste facto.

5. Do Alerta aos T.A.S.: A Necessidade de Socorristas e o Pré-Socorro

Sherwin Nuland (1993/1995) conta a história de Irv Lipsiner, um corretor de acções, que sofreu um enfarte agudo do miocárdio enquanto jogava ténis. Dois médicos que por sorte jogavam num *court* adjacente correram em seu auxílio e de imediato iniciaram técnicas de reanimação cardiorespiratória. Quando chegou a ambulância, Lipsiner começava a reagir.

Em Portugal, as histórias poderiam suceder-se quase sem conta:

- Maio de 1997 – O Sr. C., ao acordar, morre vítima de uma paragem cardíaca (Loures). Não teve socorro imediato.
- Junho de 1998 – A Sr.^a T., estando sentada, sofre um enfarte agudo do miocárdio e morre (Évora). Os mirões não lhe prestaram qualquer tipo de socorro.
- Outubro de 1998 – O Sr. A. Cai ao chão vítima de uma paragem cardíaca e morre minutos depois (Porto). Quando os T.A.S. chegaram era tarde demais.

A característica mais comum destas três pessoas é que, provavelmente, o seu estilo de vida contribuiu decididamente para o desenvolvimento da doença que lhes causou a morte. A maioria das pessoas que caem mortas provavelmente sente uma dor esquemática característica. A dor cardíaca é súbita e severa. Algumas pessoas descrevem-na como constringente ou compressora. Às vezes manifesta-se como uma pressão de esmagamento, como um peso de uma rocha intolerável forçando contra a frente do peito e irradiando pelo braço esquerdo abaixo ou pelo pescoço e maxilar acima. A sensação é apavorante, mesmo para aqueles que já a experimentaram várias vezes, pois de cada vez que ocorre é acompanhada pela consciência da possibilidade (e uma consciência muito realista) de morte imediata ou súbito colapso. A vítima desta situação pode começar por ter suores frios, sentir náuseas ou vomitar. A cadência respiratória encurta-se, ficando com falta de ar e fadiga. O pulso torna-se rápido, fraco e irregular. Se a isquémia não desaparecer em aproximadamente 10 minutos, a deficiência de oxigénio pode tornar-se irreversível e pelo menos uma parte do músculo morrerá, no processo chamado de «enfarte agudo do miocárdio».

As células cerebrais são muito sensíveis à carência de oxigénio. Se este não lhe for fornecido no tempo máximo de três minutos, elas acabam por morrer e o cérebro perde total, ou parcialmente a sua função (Lima, Almeida, Rodrigues, Santos e Almeida, 1996). Ou seja, temos apenas três minutos para salvar uma vida.

Cada ano ocorrem nos E.U.A. cerca de 1,3 milhões de enfartes agudos do miocárdio não mortais e cerca de 500 000 a 700 000 mortais. 70% dos enfartes ocorrem em casa. Destas vítimas, cerca de 50 a 60 % morre antes de chegar ao hospital (Melio, 1998). Não é pois difícil de perceber que esta doença é o maior assassino de todo o mundo industrializado. As vítimas de isquémia cardíaca são vítimas da sua alimentação, do fumo e de não realizarem tarefas simples, como exercícios de manutenção da pressão sanguínea. Às vezes a hereditariedade colabora, na forma do histórico familiar ou da diabetes; às vezes é aquele ímpeto e agressividade que os cardiologistas de hoje chamam «personalidade tipo A».

Muitas destas pessoas salvavam-se se fossem socorridas nos primeiros 3 a 4 minutos após o acidente. Comprovam-no as reanimações cardiorespiratórias realizadas com sucesso quer em ambiente hospitalar, quer no exterior. Mas será possível ter uma equipa de T.A.S. 3 a 4 minutos após a ocorrência do acidente? Naturalmente que não. Em Portugal, o I.N.E.M. procurou, tanto na escolha da localização dos postos de ambulância como na ordem de prioridades das chamadas, que, uma vez detectado o

acidente e pedidos de socorros, estes pudessem atingir o local da ocorrência num prazo de tempo que não ultrapassasse, no máximo, os 25 minutos (na Bélgica, o tempo considerado é de 12 minutos e nos E.U.A. de 8 minutos). Bastará simularmos uma situação, cronometrarmos 4 minutos e tomaremos consciência do escasso tempo que temos para actuar. Não esqueçamos porém, que o período de tempo que demoram os T.A.S. a chegar ao local é resultado do somatório de várias parcelas: Δt entre a ocorrência do acidente e a detecção; Δt entre a detecção e o alerta; Δt entre o alerta e a saída dos T.A.S.; Δt que os T.A.S. demoram a percorrer o espaço entre o local do seu aquartelamento e o local do acidente.

Para resolver esta situação, que é grave, temos uma única solução: a existência de pessoas que sabem praticar gestos que salvam, práticas que aliviam a dor e evitam a morte de feridos, doentes ou grávidas: são os **socorristas** que fazem o **pré-socorro** que constitui a terceira fase do S.I.E.M.

Ser socorrista consiste antes de tudo, em saber **prestar auxílio eficazmente e evitar o agravamento** do acidentado ou doente, no local dos acontecimentos e, se necessário, durante o transporte a uma unidade de cuidados diferenciada. É um papel primordial, limitado e temporal.

É um papel primordial porque perante um ferido, o socorrista deverá manter o «sangue frio», desenvolver atempadamente os primeiros socorros, estabilizando o estado da vítima até à chegada dos T.A.S., dar a necessária ajuda psicológica e impedir qualquer comportamento nefasto dos mirões. Este é um dos papéis essenciais.

É um papel limitado e temporal porque o socorrista intervém graças aos seus conhecimentos e à sua técnica. Frequentemente só dispõe da sua própria improvisação. É ele que amiúde dá o alerta ou providencia nesse sentido. A sua função termina quando entrega a vítima aos T.A.S., Embora tenha uma actuação muito limitada, face ao equipamento que dispõe e conhecimentos que domina, os seus gestos podem na maioria dos casos mais graves, evitar a morte (*v.g.*, fazendo reanimação cardiopulmonar ou estancando uma hemorragia grave), e nos demais aliviar o sofrimento, nem que seja com uma palavra de ânimo, confiança e conforto.

Ser socorrista implica possuir espírito de prevenção e estar alerta a qualquer circunstância que possa produzir acidentes, intoxicações, doenças. Participa, na medida dos seus conhecimentos, capacidades e meios, na protecção e promoção da saúde e na difusão dos primeiros socorros de sobrevivência.

O socorrismo é pois, uma **técnica e um estado de ânimo**. Uma técnica porquanto o socorrista forma-se com exercícios práticos continuados. Aprender a fazer reanimação, a estancar uma hemorragia, a imobilizar uma fractura, a prestar socorro num trabalho de parto, instalar um ferido numa posição correcta, *etc.* O socorrista actualiza os seus conhecimentos e práticas regularmente, repete a actuação de urgência até convertê-la num acto reflexo. O socorrista aperfeiçoa-se aprendendo técnicas mais elaboradas de reanimação, de socorrismo em estrada, salvamento aquático e socorrismo de montanha. Um estado de ânimo porque o socorrista tem o desejo de servir e de ser útil. A sua eficácia incrementa-se através da participação numa equipa animada por um ideal comum e desinteressado.

Por conseguinte, o socorrismo exercita-se em todas as partes: na vida quotidiana, no trabalho nas vias públicas, durante as actividades de ócio e nas calamidades em tempo de guerra ou de paz. O socorrismo forma parte da formação do homem, «não constitui um dever, mas sim uma obrigação imperativa da consciência» (Carlos Santos, citado em Candoso, 1989, p. 28). Cabe ao socorrista transformar a tragédia num triunfo.

São objectivos dos primeiros socorros (pré-socorro):

- **Não agravar o estado de saúde** da vítima, estabilizando as suas funções vitais.
- **Compartilhar com a equipa dos T.A.S.** a etiologia da situação e a sintomatologia observada na vítima.

- Assegurar, se necessário, um transporte a um Centro Sanitário **em condições adequadas**.

O Quadro 4 apresenta algumas qualidades que os socorristas devem ter, enquanto no Quadro 5 é apresentado o decálogo do socorrista.

Quadro 4.

Qualidades de um Socorrista.

- Bom observador - Perseverante - Técnico prático - Destro - Ter «sangue frio» - Escrupuloso e com brio	- Simpático e carinhoso - Capacidade de improvisar - Tranquilidade e domínio da situação - Faz apenas aquilo de que está seguro - Evita situações intempestivas
--	---

Quadro 5.

Decálogo do Socorrista

I	O socorrista tem como responsabilidade prioritária, conservar a vida e aliviar o sofrimento, não causando danos e promovendo a qualidade dos gestos de socorro, e o acesso igual de todos os cidadãos a este tipo de assistência.
II	O socorrista presta serviço num sentido de solidariedade humana com respeito pela dignidade do próximo sem quaisquer distinções.
III	O socorrista não poderá usar as suas técnicas em qualquer acção nociva ao bem público.
IV	O socorrista respeita e guarda segredo de toda a matéria confidencial de que tiver conhecimento no decorrer das suas acções.
V	O socorrista, na sua qualidade de cidadão cumpre e apoia a lei, tendo ainda a responsabilidade de colaborar no sentido de promover um nível elevado de cuidados médicos de emergência, acessíveis a todo o público.
VI	O socorrista deverá não só manter a sua competência profissional como preocupar-se com a competência dos outros membros das equipas de emergência.
VII	O socorrista deve cumprir e fazer cumprir as normas aprovadas para o socorrismo e sistema de emergência médica.
VIII	O socorrista deve aderir aos padrões de ética pessoal, que dêem credibilidade e prestígio à sua actividade.
IX	O socorrista tem obrigação de proteger o público, não delegando noutra pessoa menos qualificada qualquer intervenção que requeira a sua competência.
X	O socorrista deverá trabalhar em harmonia com os outros membros das equipas de emergência, médicos e enfermeiros, aceitando as naturais subordinações técnicas.

6. Socorrista: Quem?

Em 1996, num encontro do *European Resuscitation Council (E.R.C.)* em Sevilha, alguém perguntou ao Presidente do *E.R.C.* qual seria o público-alvo que ele formaria, com prioridade, em reanimação. A resposta foi singela: «a minha mulher». E de seguida explicou. Disse então que, o mais provável, é que quando tiver um enfarte agudo do miocárdio esteja na presença de sua mulher. E tendo apenas 3 a 4 minutos de vida, será a única pessoa que poderá eventualmente salvá-lo.

Este é, sem dúvida, um bom princípio. Mas não chega. Todos nós gostaríamos certamente de ser socorridos, na via pública, em devido tempo, por qualquer transeunte que presencie a nossa aflição. Também nós deveríamos estar capacitados para prestar primeiros socorros a quem deles necessitasse. Esta normativa ética, em alguns momentos torna-se mesmo legal. Com efeito, em Portugal existe legislação que regulamenta o abandono de sinistrados e a omissão de auxílio.

Abandono de Sinistrados

Artigo 60.º do Decreto-Lei n.º 39 672 de 20 de Maio de 1954

1. Os condutores que abandonem voluntariamente as pessoas vítimas de acidentes que tenham causado, total ou parcialmente, serão punidos:

- (a) Com prisão e multa até dois anos, graduada em função do perigo sofrido pela vítima, perante a gravidade das lesões e a dificuldade de obter socorros quando da omissão não resulta agravamento do mal ou resultar agravamento que não tenha como efeito a morte do sinistrado. Havendo agravamento, será este tomado em conta na graduação da pena;
- (b) Com prisão maior de dois a oito anos quando da omissão resultar a morte do sinistrado;
- (c) Com a pena do correspondente crime doloroso de comissão por omissão quando o abandono ocorrer já depois de o condutor se haver certificado dos seus prováveis resultados, aceitando-os ou considerando-os indiferentes. Se da aplicação da alínea c) resultar uma pena inferior à da alínea a), deverá o tribunal aplicar esta última quando o perigo da omissão seja mais grave que o resultado efectivo desta.

2. Serão punidos como encobridoras as pessoas transportadas nos veículos ou animais que tenham conhecimento do acidente e não se oponham ao abandono pelo modo que lhes seja possível.

A falta de prestação de socorros por negligência será punida com a prisão até um ano, de harmonia com o grau de culpa do agente e os resultados da omissão.

3. Todos os condutores de veículos ou animais que encontrem nas vias públicas quaisquer feridos, que careçam de socorros e não possam obtê-los pelos seus próprios meios, sem grave perigo, e não prestem ou não colaborarem na prestação do auxílio necessário, serão punidos com prisão e multa até seis meses, conforme a gravidade do perigo em que fique o sinistrado.

Se da omissão resultar a morte, a pena será de prisão e multa até um ano. As mesmas penas serão aplicadas aos peões que não prestem ou não colaborem na prestação dos necessários socorros, na medida em que lhes seja possível.

Omissão de auxílio

Artigo 219.º do Decreto-Lei n.º 400/82 de 23 de Setembro

1. Quem, em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente, calamidade pública ou situação de perigo comum, que ponha em perigo a vida, saúde, integridade física ou liberdade de outrem, deixar de lhe prestar auxílio que se revele necessário ao afastamento do perigo, seja por acção pessoal, seja promovendo o seu socorro, será punido com prisão até um ano e multa até 100 dias.

Se a situação referida no número anterior foi criada por aquele que omitiu o socorro ou o auxílio devidos, a pena pode elevar-se a 2 anos de prisão e a multa até 200 dias.

Selys (s.d.) adverte ainda os leitores do desgosto que nos acompanhará durante muito tempo pelo facto de termos abandonado o local onde estão os sinistrados que necessitavam da nossa ajuda.

O lema que defendemos é: **uma pessoa um socorrista.**

7. Socorristas: como?

Como será que vamos conseguir operacionalizar o lema que defendemos? Algumas entidades privadas ou sob a tutela do Estado ocupam-se da formação de socorristas, como por exemplo, a Associação Portuguesa de Instrutores de Socorrismo (A.P.I.S.), a Caduceus e a Direcção de Ensino de Socorrismo da Cruz Vermelha Portuguesa (D.E.S./C.V.P.). Esta última, em particular, com uma longa tradição histórica neste campo, bem como na formação de Tripulantes de Ambulância (cf. apêndice). O gráfico da Figura 5 revela o número de socorristas formados pela D.E.S./C.V.P. nos anos de 1990 a 1998 (1.º semestre).

Observando o gráfico da Figura 5 verificamos que o número de socorristas formado por este organismo é notoriamente reduzidíssimo (3 050 em 1997 e 1 510 no primeiro semestre de 1998), ou seja, os cursos de socorrismo são frequentados apenas por quem quer, por quem pode ou por quem conhece e está motivado. Esta via não é certamente a solução. Além disso, um programa de formação desta natureza, organizado por entidades particulares, implicaria custos elevadíssimos. Em nosso entender a solução passa quatro estratégias a saber: (a) formação em ambiente escolar; (b) formação para obter licença de condução; (c) formação em ambiente profissional; e (d) formação das forças de segurança e afins. Abordaremos, ainda que sucintamente, cada aspecto *per si*.

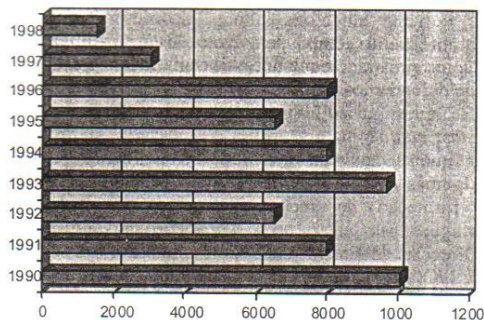


Figura 5. Socorristas formados pela (D.E.S./C.V.P.), entre 1990 e 1998. Note-se que a partir de Dezembro de 1996 a D.E.S./C.V.P. deixou de fazer formação de T.A.T. aos corpos de Bombeiros e daí o decréscimo significativo do número de socorristas formados nos anos subsequentes. Os dados referentes a 1998 dizem respeito apenas ao 1.º semestre

7.1. O Socorrismo e a Escola

A escola constitui um campo contribuidor para a realização do educando, onde decorre um pleno desenvolvimento da personalidade, da formação do carácter e da cidadania. Sendo a saúde um «direito humano» (W.H.O., 1998c) a educação para a saúde assume-se naturalmente como um «direito do aluno». A escola é neste âmbito um local privilegiado para desenvolvê-la com eficácia, existindo duas razões básicas para tal:

- A escola acolhe quase a totalidade da população infantil durante um período longo de anos, precisamente no momento da vida em que é mais fácil assimilar hábitos, atitudes e conhecimentos. O Ensino Básico é obrigatório e cerca de 12,2% da população portuguesa está neste nível de ensino. O Ensino Secundário é frequentado apenas por 31,3% dos alunos que frequentaram o Ensino Básico, correspondendo a 3,8% da população nacional.
- Os professores são profissionais especializados em educar; com relativa facilidade podem aproveitar as contínuas oportunidades que oferece a escolaridade para fomentar um estilo de vida saudável.

Segundo Trefor Williams (citado em Andrade, 1995), a educação para a saúde inclui «experiências planeadas, tanto formal como informalmente, que atribuem para o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e valores, que ajudam o indivíduo a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e bem-estar» (p. 8). Para Andrade (1995) a educação para a saúde tem que ser encarada como um «estado de espírito, um princípio de acção, uma atitude permanente na vida de todos os dias».

A educação para a saúde (que nós defendemos mais como **protecção e promoção da saúde**) não se limita ao socorrismo, à sexualidade, ao tabagismo, à S.I.D.A. ou a outra doença ou comportamento de risco. A promoção da saúde deve ser encarada como uma matéria transversal (Gavidia e José, 1996) onde todas ou grande parte das áreas do conhecimento contribuem, ainda que em diferente medida, para o desenvolvimento dos conteúdos de saúde.

Em nossa opinião, os princípios básicos de socorrismo e as técnicas do suporte básico de vida deveriam ser ensinados em todos os anos escolares, desde o 1.º ano do 1.º Ciclo do Ensino Básico até ao 3.º ano do Ensino Secundário. Não defendemos a criação de uma disciplina, até pelo que atrás dissemos. Em socorrismo os gestos que salvam são simples mas técnicos e só resultam se forem praticados repetidamente, tornando-se actos reflexos.

O modelo actual de organização do sistema educativo possui estruturas próprias para implementar o ensino do socorrismo. A L.B.S.E. prevê a existência de acções orientadas para a formação integral e a realização pessoal dos educandos no sentido da utilização criativa e formativa dos seus tempos livres (art. 48.º). Estas *actividades de complemento curricular* visam, além de outros objectivos, o enriquecimento cultural cívico do aluno. As actividades de complemento curricular desenvolvem-se, predominantemente, para além do tempo lectivo dos alunos e são de frequência facultativa. O Anexo ao Despacho n.º 141/ME/90 de 1 de Setembro defende uma natureza eminentemente lúcida, cultural e formativa, considerando uma área destinada à «solidariedade e voluntariado», perfeitamente enquadrando para a prática do socorrismo.

A organização das actividades de complemento curricular deverá neste caso, além de integrar alunos, professores ou outros membros da comunidade, solicitar a colaboração orientadora íntima de um formador de socorrismo. A própria constituição do projecto poderia contemplar a instalação de um posto de primeiros socorros na escola. Brigadas de alunos formados em socorrismo assegurariam a primeira assistência a todos os acidentados na escola (Quadro 6).

Quadro 6.

Número de alunos matriculados e acidentes participados nos três níveis de ensino nas escolas do ensino público (continente) no ano lectivo de 1994/1995. Fonte: D.A.P.P. (1997).

	Educação Pré-Escolar	Ensino Básico	Ensino Secundário
Alunos matriculados	73 588	1 213 422	380 171
Acidentes Participados	191 (0,25%)	22 365 (1,84%)	3 274 (0,86%)

7.2 O Socorrismo e a Condução de Veículos

A sinistralidade nas estradas portuguesas não tem vindo a aumentar, ao contrário do que se escuta em alguns meios. Embora o número de acidentes em 1996 tenha registado um valor próximo dos 50 000, a percentagem relativamente ao número de veículos matriculados é de 0,82% (sendo 3,37% em 1975; 2,74% 1988 e 0,86% em 1994). Relativamente ao número de mortos em acidentes de tráfego, os números têm também diminuído gradualmente, com 0,034 pontos percentuais relativamente ao número de veículos matriculados em 1996 (0,19% em 1975; 0,076% em 1988 e 0,036% em 1994).

Ainda assim, continuam a existir muitos acidentes e, embora as percentagens apontem valores reduzidos, quando tratamos de frequências absolutas obtemos 2 100 mortos em 1996. Morre-se muito nas estradas portuguesas. É por isso que defendemos um plano de formação em socorrismo para todos os condutores. Defendemos que todo aquele cidadão que se proponha a obter uma Carta para condução de veículos com motor deveria frequentar com aprovação um Curso de Socorrismo, com uma carga lectiva de 15 horas, renovável obrigatoriamente cada 4 anos. É que a probabilidade de encontrar um acidente na estrada é elevada. Só assim o sinistrado poderá contar com assistência – quase imediata – e ter uma maior garantia de auxílio e socorro.

7.3 O socorrismo e o trabalho

Nos locais de trabalho ocorrem muitos acidentes (Quadro 7), alguns provocando mortos. Embora não existam estudos realizados em Portugal, calcula-se que os custos dos acidentes correspondam $\approx 1\%$ do P.I.B.

Quadro 7.

Relação entre o número de acidentes de trabalho (incluindo os mortais) e o número total de trabalhadores da União Europeia.

Anos Cívís	Acidentes de trabalho com mais de 3 dias de baixa	Acidentes mortais declarados	N.º total de trabalhadores
1993	4 319 213	6 423	$1,319 \times 10^8$
1996	4 918 066	5 977	$1,242 \times 10^8$

O D.L. n.º 441/91 de 14 de Novembro estabelece o «Regime Jurídico de enquadramento da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho». O Acordo de Concertação Estratégica (1997/1998) da U.E. estabeleceu que deveria haver uma «inclusão progressiva de matérias de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho nos *curricula* escolares e de formação profissional». Embora se tenha firmado este acordo entre os estados membros, a situação não melhorou só por isso, como aliás de sabe.

Hodiernamente, exige um grupo elevado de empresas que oferecem formação aos seus trabalhadores na área dos primeiros socorros (*v.g.*, Siemens), sendo esta realizada por outras entidades exteriores (*v.g.*, Certitecna, Lda.). Há também equipas de intervenção em distintos ramos. Porém ainda não é realidade nacional.

Nós defendemos que todo o trabalhador (de qualquer profissão) deveria frequentar programas específicos de primeiros socorros relativos aos acidentes mais frequentes que ocorrem no seu local de trabalho, subvencionados pela empresa empregadora. Este tipo de formação, aliada a uma prevenção eficaz reduziria certamente o número de acidentes e de mortos, incrementando o desenvolvimento da economia nacional.

7.4 O Socorrismo e as Forças de Segurança

Amiúde são as forças de segurança que detectam o acidente ou a(s) sua(s) vítima(s), sejam elas da Guarda Nacional Republicana, da Polícia de Segurança Pública, da Polícia Florestal, das Forças Armadas, ou dos grupos privados de segurança (*v.g.*, Grupo 8, Previcol, Prosegur, Securitas, Viprese). São os seus elementos que tomam contacto com a vítima durante os primeiros minutos após o acidente, e são eles os potenciais socorristas com capacidade (em termos de tempo) para aliviar a dor, o sofrimento ou evitar a morte dos pacientes. É por isso necessário fazer uma contínua formação a todos estes agentes de segurança, dado o seu papel social, devendo estes agentes de segurança, dado o seu papel social, devendo frequentar um curso de socorrismo com 24 horas, actualizando-o cada dois anos.

8. Considerações Finais

Quer a Declaração Universal dos Direitos Humanos (art. 25º), quer a Carta Constitucional da O.M.S., proclamaram a «saúde como um direito humano». Em 1977, a *World Health Assenbly* decidiu que a maior meta social dos governos e da O.M.S. a realizar seria que todas as pessoas do mundo no ano 2000 tivessem um nível de saúde que permitisse desenvolverem uma vida social e economicamente produtiva. Segundo a O.M.S. *«health for all' does not mean an end to disease and disability, or that doctors and nurses will care for everyone. It means that resourses for health are evenly distributed and that essential health care is accessible to everyone. It means that health begins at home, in schools, and at the workplace, and that people use better approaches for preventing illness and alleviating unavoidable disease and disability. It means that people recognise that ill-health is not inevitable and that they can shape their own lives and the lives of their families, free from the avoidable burden of diseases»* (W.H.O., 1998e).

Ajudar o próximo, aliviando-lhe a dor e o sofrimento, ou evitando a sua morte é uma função cívica e moral, fazendo parte da cidadania de qualquer pessoa. As palavras de conforto e confiança incutem ânimo num acidentado, mas em muitas situações não são suficientes. São improfícuas. Fazem falta gestos técnicos que salvam vidas (*v.g.*, a extensão da cabeça, reanimação cardiopulmonar, estancamento de uma hemorragia, combate ao *shock*).

Precisam-se por isso competentes Tripulantes de Ambulância, boas ambulâncias, excelentes hospitais e ótimos técnicos de saúde. Mas na Estrela da Vida falta operacionalizar um elo: o pré-socorro. Façamos do nosso lema o preceito escrito nacional: **uma pessoa um socorrista**. E não nos esqueçamos... a próxima vítima poderemos ser nós...

Referências

- Andrade, M.I. (1995). *Educação para a saúde*. Lisboa: Texto Editora.
- 112 (1998). *Centrais de emergência*. <http://www.infocid.pt/112/mapa.html>
- Candoso, A. (1989). *Socorrer melhor*. 5ª ed. Lisboa: Editorial O Livro.
- D.A.P.P. (1997). *Estatísticas da educação 95*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Dever, G.E.A. (1977). Epidemiological model for health policy analysis. *Social indicators research*, 2, 1-7.
- Diário da República. *Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro*.
- Diário da República. *Despacho n.º 141/ME/90 de 1 de Setembro*.
- D.G.V. (1997). *Mapa da evolução da sinistralidade. 1975-1996*. Direcção-Geral de Viação.
- D.G.T. (1997). Accidentes de tráfico en España. *Periódico ABC*, 29890, 14 de Setembro, p. 60.
- Gavidia, V., & José, M. (1996). Tratamiento de la educación para la salud como materia transversal. *Alambique. Didáctica de las ciencias experimentales*, 9, 7-16.
- I.N.E. (1998a). *As causas de morte em Portugal. 1997. Resultados definitivos*. <http://infoline.ine.pt/si/prodserv/destaque/d980929-2/d980929-2.html>
- I.N.E. (1998b). *Classificação nacional de profissões – 1994*. <http://infoline.ine.pt/si/prodserv/nomenclaturas/CNP1944.asp>
- I.N.E. (1998c). *Óbitos*. <http://infoline.ine.pt/si/prodserv/area04/obitos.html>
- I.N.E. (1998d). *População – principais indicadores demográficos*. <http://infoline.ine.pt/si/prodserv/area04/idemog.html>
- I.N.E. (1998e). *Portugal – situação demográfica. 1997*. <http://infoline.ine.pt/si/prodserv/area04/destaque/d980708/d980708.html>
- Lima, J. F., Almeida, A., Rodrigues, I., Santos, H. G., & Almeida, A. P. (1996). *O suporte básico de vida. Reanimação cardíaco-respiratória*. Lisboa: Clube de Reanimação Cardíaco-Respiratória.
- Melio, F. (1988). Isquemia miocárdica, infarto miocárdico y su tratamiento. In D. M. Cline, O. J. Ma, J. E. Tintinalli, E. Ruiz, & R. Krome (Eds.), *Manual. Medicina de urgencias*. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. (Trabalho original em Inglês publicado em 1996)
- Monnier, J., Deschamps, J. P., Fabry, J., Manciaux, M., & Raimbault, A. M. (1980). *Santé publique, santé de la communauté*. Villeurbanne: Simep.


- New Cronos Database (1998). *Life expectancy at birth*. Eurostat. <http://europa.eu.int/en/comm/eurostat/indic/indic33.html>.
- Nuland, S. (1995). *Como morremos*. Lisboa: Nova Editorial Rocco. (Trabalho original em inglês publicado em 1993)
- Pinto, A. M. B. (1988). *Manual de primeiros socorros*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Portela, B. (1995). Portugal sinistrado. *Jornal Público*, Lisboa, VI (1864), 16 de Abril, p.28.
- Salleras, L. (1990). *Educación sanitaria*. 2.ª reimpressão. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Selys, G. (s.d.). *Guia prático dos primeiros socorros*. Lisboa: Editorial Notícias. (Trabalho original em francês)
- Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI Editores.
- W.H.O. (1996). *Fifty facts from the world health report 1996*. *The world health report 1996*. <http://www.who.int/whr/1996/50facts.htm>.
- W.H.O. (1997). *Fifty facts from the world health report 1997*. *The world health report 1997*. <http://www.who.int/whr/1997/factse.htm>
- W.H.O. (1998a). *Fifty facts from the world health report 1998*. *Global health situation and trends 1955-2025*. <http://www.who.int/whr/1998/factse.htm>
- W.H.O. (1998b). *Health as a human right*. <http://www.who.int/who50/en/human.htm>
- W.H.O. (1998c). *Message from the director-general*. *The world health report 1998*. <http://www.who.int/whr/1998/message.htm>.
- W.H.O. (1998d). *About who. Health for all: origins and mandate*. <http://www.who.int/who50/en/health4all.htm>.
- W.H.O. (1998e). *About who. Health for all*. <http://www.who.int/who50/en/healthfor-all.htm>

Nota

Segundo a Classificação Nacional de Profissões - 1994, o Socorrista (ref.ª 5.16.9.15) faz parte do Pessoal dos Serviços de Protecção e Segurança não classificados em outra parte. O Socorrista «ministra os primeiros socorros a sinistrados e acompanha-os durante o trajeto para o estabelecimento hospitalar: desloca-se ao local do acidente e toma as providências adequadas, a fim de evitar um possível agravamento; aplica ao sinistrado, sempre que necessário, respiração boca-a-boca e/ou massagem cardíaca; imobiliza os membros fracturados e estanca hemorragias, consoante as medidas de urgência a adoptar; contacta com os socorros públicos, nomeadamente hospitais e bombeiros, solicitando a colaboração dos mesmos; colabora na colocação, com os devidos cuidados, do acidentado na maca e acompanha-o na ambulância, durante o trajeto para o estabelecimento hospitalar» (I.N.E., 1998b).

Apêndice

Modelo de Cartão de Socorrismo da Direcção de Ensino de Socorrismo da Cruz Vermelha Portuguesa.

 CRUZ VERMELHA PORTUGUESA DIRECÇÃO DE ENSINO DE SOCORRISMO	
CARTÃO DE SOCORRISTA	
N.º	
Data do Curso/...../.....	
Válido até/...../.....	
TITULAR	
O DIRECTOR	O PRESIDENTE NACIONAL
.....	

ESTE CARTÃO NÃO IDENTIFICA O TITULAR COMO ELEMENTO DA C.V.P. NEM O CREDENCIA PARA O ENSINO DO SOCORRISMO OU PARA A PRÁTICA DE QUALQUER EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM	
Pedem-se às Autoridades que concedam ao titular deste cartão todas as facilidades no desempenho das suas funções de SOCORRISTA, para as quais está devidamente habilitado. A Cruz Vermelha Portuguesa	
B.I. DATA ARQUIVO.	
ASSINATURA DO TITULAR	